

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ЛАРИНГИТА ПРИ КОРИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Худойдодова С.Г.,

Бухарский Государственный Медицинский институт.

✓ Резюме,

Некоторых случаев при кори у детей раннего возраста развивается ранний или поздний осложненный как ларингит, комплекс симптомов, обуславливающих развитие синдрома острой дыхательной недостаточности. Отмечена зависимость тяжести течения острого стеноза гортани от возраста больного, тяжести течения заболевания, наличие сопутствующих преморбидных факторов, также использование ингаляционного пути введения ГКС через небулайзер на догоспитальном этапе позволяет купировать симптомы дыхательной недостаточности.

Ключевые слова: корь, ларинготрахеит, острая дыхательная недостаточность, ингаляционная терапия, глюкокортикостероиды.

FEATURES OF THE COURSE AND TREATMENT OF LARYNGITIS IN MEASLES IN YOUNG CHILDREN

Xudoydodova S.G.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ Resume,

In measles with complication stenosing laryngotracheitis in young children, a set of symptoms determining the development of acute respiratory failure syndrome was determined. The dependence of the severity of acute laryngeal stenosis on the presence of concomitant premorbid factors was noted, and the use of the inhalation route of GCS administration through a nebulizer allows to relieve symptoms of respiratory failure.

Key words: measles, stenosing laryngotracheitis, acute respiratory failure, inhalation therapy, glucocorticosteroids

ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАРНИНГ ҚИЗАМИҚ КАСАЛЛИГИДА ЛАРИНГИТ КЕЧИШИ ВА ДАВОЛАШ

Худойдодова С.Г.,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Қизамиқ касаллиги баъзи ҳолатларда ларингит билан асоратланган болаларнинг ўткир нафас етишмовчилиги ривожланишининг асосий сабаблари ўрганилди. Ҳақилдоқ стенози ривожланишига преморбид нуқулай омилларнинг таъсири ва глюкокортикостероид ингаляция усули даволашда самараси кузатилди.

Калит сўзлар: қизамиқ, ҳақилдоқ стенози, ўткир нафас етишмовчилиги, ингаляция терапия, глюкокортикостероид.

Мавзу долзарблиги

Кизамиқ касаллиги эрта ёшдаги болаларда фаол иммунизациягача кенг тарқалган бўлиб, ҳавотомчи инфекциялар орасида биринчи ўринни эгаллаган. Қизамиқ кенг тарқалган касаллик бўлиб, эмланмаганда ҳар бир одам касалланиш эҳтимоли юқори бўлади. БЖССТ маълумотларига кўра, охириги йилларда кўпгина мамлакатларда қизамиқ касаллиги эпидемиологик ҳолати нуқулайлиги кўрсатилган.

Қизамиқ касаллиги баъзан кўшма инфекция (вирус-вирус, вирус-бактериал) сифатида кечади. Қизамиқ касаллигининг специфик асоратлари 36,4% ҳолатда учрайди [1,2,3].

Болалар юқумли касалликлари респиратор инфекциялар чақирган нафас аъзолари касаллиги асосий муаммолардан бири ҳисобланади. Тез тиббий ёрдам амалиётида ўткир нафас етишмовчилиги - кўп учрайдиган жиддий синдромлардан бири бўлиб, респиратор касалликларда ривожланади. Ўткир нафас етишмовчилиги ташхисоти ва даволаш касалхонагача бўлган босқичда жуда муҳим бўлиб, нафас қийинлашувида бирламчи тез тиббий ёрдамга мурожаат қилинади. Ўткир стенозловчи ларинготрахеит касалхонагача босқичда болаларнинг ўткир нафас етишмовчилиги

ривожланишининг асосий сабабларидан бири ҳисобланади. Ушбу касалликда юқори нафас йўллари обструкцияси кўпгина анатома-физиологик хусусиятларга боғлиқ бўлиб, эрта ёшдаги болаларда ҳақилдоқ нисбатан торлиги, мазкур аъзо шиллиқ қаватининг юқори қон томир, нерв билан таъминланганлигига боғлиқдир. Шу сабабли ҳақилдоқ девор шиллиқ қавати яллиғланиши жараёнида унинг деворлари шиши ва обструктив нафас етишмовчилигига олиб келади [4].

Эрта ёшдаги болаларда ҳақилдоқ шиллиқ қаватининг 1 ммга шиши, унинг бўшлиғининг 75% кичрайиши аниқланган [5].

Ўткир нафас етишмовчилиги патофизиологик механизми етарли ўрганилгандир. Ўпкага ҳаво оқими камайиши билан компенсатор ташқи нафас функцияси, яъни ёрдамчи мушаклар фаолияти қўшилади, бу ўз ўрнида кислород етишмовчилиги ва ўпкада ҳаво алмашинуви керакли босқичда компенсатор сақлаб туради. Ҳақилдоқ торайиши кучайиши билан ўпкада ҳаво минут ҳажми қисқариб, қон кислород билан тўйиниши камаёди ва катта қон айланиш тизимига ўтади. Бунинг натижасида артериал гипоксия сўнг гипоксемия ривожланади, бу ўз ўрнида нафас етишмовчилигининг кучайишига олиб келади [6,7]. Маълумки,

ўткир ҳиқилдоқ торайиши асосан кечқурун, ўткир ривожланиб ва ўткир респиратор касалликларнинг бирламчи белгиси сифатида намоён бўлади [8,9].

Мақсад: Қизамиқ касаллигида ларингит асорати клиник кечиши хусусияти ва самарали даво усуллари ўрганиш.

Материал ва усуллар

2018-2019 йиллар 6 ойликдан 12 ойликгача бўлган 71 нафар қизамиқ касаллиги билан касалхонада даволанган болалар шулардан ларингит асорати 11 (15,5%) нафар болаларда кузатилган. Ўткир нафас етишмовчилиги ривожланган болалар орасида 6 ойликдан 1 ёшгача бўлган болаларда қизамиқ асорати стенозловчи ларинготрахеит клиник хусусиятлари, ўткир нафас етишмовчилигида касалхона босқичида шошилиш ёрдам эффективлигини ўрганиш натижалари ушбу ёшдаги гуруҳларда ўрганилди.

Муҳокама ва таҳлиллари

Назоратдаги орасида ўғил болалар кўпчилиги 9 (82%) ($p < 0,001$) ташкил этди. Бизнинг кузатувимизда беморлар ларингит белгилари касалликнинг эрта даврида бўлиб, 7(63,6%) касалликнинг 1-2 кун, 36,4% касалликнинг пигментация бошланиши билан қайд этилган. Касалликнинг клиник белгилари типик қизамиқга хос бўлиб, эрта ларингит белгилари дағал, аккиловчи йўтал (100%), овоз бўғилиши (95%), катарал ўзгаришлар (100%) ринит, ҳалқум гиперемияси сифатида кузатилди. 8 (72,7%) беморларда ўткир нафас етишмовчилиги белгилари кузатилди. Шуни таъкидлаш керакки 73% ҳолатда кўрик пайтида тана ҳарорати юқори ва субфебрил 27% кузатилган. Эс-хуши ўзгариши 82% ҳолатда кузатилиб, асосан кўзғалиш белгилари (57,3%) намоён бўлди.

Асосий эътибор нафас сони ва юрак қисқариши сони аниқлашга қаратилди, 82% ҳолатда тахипноэ меъёр кўрсаткичлардан юқори бўлиб, инспиратор ҳансираш 62% беморларда кузатилиб, нафас актида ёрдамчи мушаклар иштирок этиши, қовурғаларо тортилиши 58,2%, 10,9% беморларда перорал цианоз аниқланди. Юрак қисқариши ва нафас ҳаракати сони бирламчи кўрик кўрсаткичлари.

Ўртача нафас беморларда $40,9 \pm 0,8$ дақиқада аниқланиб, меъёрий кўрсаткичдан 20%га ошиб, дақиқада минимал - 22тадан максимал дақиқада 48гача кузатилган. Тахипноэ 80% ўткир стенозловчи ларинготрахеит билан асоратланган болаларда аниқланиб, шундан 17 (31%) беморда ўртача меъёр кўрсаткичдан 60%гача ошган.

Ўртача юрак қисқариш сони назоратдаги болаларда $120,4 \pm 1,6$ дақиқада туртки аниқланиб, 10% ўртача кўрсаткичдан ошган, бунда минимал дақиқада 100 та турткидан максимал дақиқада 150 турткигача кузатилган. Тахикардия 75% беморларда кузатилиб, юрак уриши сони 35% гача ўртача меъёр кўрсаткичдан 25% беморларда, 5-25% гача 50% беморларда ошган.

Асосан клиник белгилар ва нафас, юрак уриши сонига асосланиб ҳиқилдоқ стенози даражаси белгиланди. Ҳиқилдоқ стенози 0-1 даражаси 4 бемор (36,4%) ўрта оғирлик баҳоланиб, бунда дағал аккиловчи йўтал, овоз бўғилиши нафас сони ўртача кўрсаткичдан 20%, юрак уриши сони 15%гача ошиши аниқланган. Ҳиқилдоқ стенози 1-2 даража 3 (27,3%) беморда ўрта оғир-

ликда баҳоланиб, бунда эс-хушнинг ўзгариши (ҳолсизлик (1/3 беморларда) ёки кўзғалиш кўпчилигида)), нафас сони 50%га, юрак уриши сони 25% ошиши кузатилган. Ҳиқилдоқ стенози 2-3 даражаси 1 беморда аниқланиб, умумий аҳволи оғир баҳоланиб ҳолсизлик ортиши, нафас сони 60-100%, юрак уриши сони 35% га меъёрий кўрсаткичдан ошиши кузатилган. Бу беморларда кучли овоз бўғилиши, инспиратор ҳансираш нафас ёрдамчи мушаклар иштирокида (бурун қанотларининг кенгайиши, қовурғаларо тортилиш) кузатилди.

Ларингит клиник жиҳатдан дағал кўп бўлмаган йўтал, овоз бўғилиши ривожланиб, аммо нафас етишмовчилиги белгилари кузатилмайди, умумий аҳвол ўзгариши яққол бўлмайди, нафас ва юрак уриши сони меъёр кўрсаткичига мос бўлади. Қизамиқ касаллигида стенозловчи ларинготрахеит асоратида ўткир нафас етишмовчилиги белгиларининг ривожланиши боланинг преморбид фони ноқулайлигини кўрсатади. Атопия бўйича ирсий мойиллик ҳолатларда оғир ҳиқилдоқ стенози ва қайталанувчи кечимда ривожланишига олиб келади. Ўткир стенозловчи ларинготрахеит касаллигида нафас қийинлиги кучли психозэмоционал омил бўлиб, стресс реакцияларга олиб келади (безовталиқ кучайиши, кўзғалиш, юрак уриши тезлашиши, томирлар периферик қаршилигининг ошиши), бунинг натижасида яллиғланиш ўчоғида томирлар ўтқизувчанлиги ошади, ўз навбатида ҳиқилдоқ шиши кучаяди. Кўпинча стресс таъсир этувчи омиллар касаллик кечимини кескин оғирлаштиради, асосан анамнезида неврологик ва юрак патологияси бўлган болаларда. Назоратдаги стенозловчи ларинготрахеит билан асоратланган беморларнинг 75% ($n=6$) ноқулай преморбид ҳолатлар аниқланган, шулардан; 38% беморда аллергопатология (монофактор сифатида 21,8%) беморда; неврологик бузилишлар 21,8% (монофактор сифатида 12,7% беморда), кардиологик патология 11% беморда (монофактор 3,6%). Ҳиқилдоқ стенози ривожланиши ва унинг оғирлиги бир неча ноқулай омилларнинг бирга бўлганда, улардан аллергопатология ҳамда неврологик ўзгаришлар ва кардиологик ҳамроҳ касалликларга боғлиқлиги кузатилди. Бунда нафас сони ўртача 40%, юрак уриши сони 12% ўртача кўрсаткичдан ошган.

Ўткир нафас етишмовчилиги синдроми даволашнинг асосий мақсади клиник кечиш ва патогенезидан чиққан ҳолда ҳиқилдоқ стенози шиш компоненти камайтириш ва нафас йўллари эркин ўтказувчанлигини таъминлашдир. Глюкотикостероидлар (ГКС) ҳозирги даврда ўткир стенозловчи ларинготрахеит самарали даволаш воситаси бўлиб, охириги йиллар кўпгина кузатувларда кўрсатилган. 10-13 Кўпгина мамлакатларда ўткир стенозловчи ларинготрахеит барча оғирлик кечимида ГКС ишлатиши кўрсатмаларда қабул қилинган. Асосан ГКС дексаметазон, преднизолон (парентерал) ва ингаляцион (юлайзер ёрдамида) юборилади.

Касалликнинг ҳар хил кечимида бемор аҳволи динамикаси ва шошилиш даволаш самарасини баҳолашда касалхона босқичида ҳиқилдоқ стенози билан касалланган болалар олиб бориш баённомаси асосида олиб борилди. Ҳиқилдоқ стенози беморларда ГКС ингаляция юлайзер орқали фойдаланди, ўртача доза 1 ёшгача 0,5 мг (1 небул) фойдаланди, барча ҳолатларда 0,9% натрий хлор эритмаси билан 2-4 мл ҳажм етказилди. Болада жуда безовталиқ, ингаляцияга қар-

шилиқ ҳолатларда, преднизалон 1-2 мг/кг ҳисобда парентерал юборилди.

Шошилиш терапия самараси 15-20 дақиқадан сўнг баҳоланди. Ҳақилдоқ стенози белгилари сақланганда қайта ингаляцион терапия ёки мушак орасига ГКС инъекцияси ўтказилди. Ингаляцион терапия юлайзер орқали 7 (72,7%) беморга ўтказилган, 1 бемор болага бирламчи мушакораси ГКС юбори учун кўрсатма мавжуд бўлган. Ўтказилган даво чоралари натижасида нафас ва юрак уриш сони меъёр кўрсаткичига тенглашди. Ҳансираш белгилари (62% дан 39%) болаларда ва нафас ақтида ёрдамчи мушаклар иштироки (58,2 дан 18 % гача) камайди. Бирламчи терапиядан сўнг 37,5% ҳақилдоқ стенози бартараф этилди

Такрорий терапия 3 болага ўтказилиб ингаляция ўтказилган қолган беморларда мушакораси преднизалон инъекцияси ўтказилган. Терапиядан сўнг 6 беморда аҳволи яхшиланган. Ўтказилган ингаляцион ва парентерал терапиялар ноҳўя таъсири кузатилмаган.

Хулоса

Хулоса қилиб қизамиқ ларингит билан асоратланганда ҳақилдоқ стенози клиник белгилари таҳлил қилинганда 1 ёшгача бўлган болаларда ўткир нафас етишмовчилиги ривожланиши билан кечади, ҳақилдоқ стенози кўпинча касалликнинг эрта даврида ўткир бошланади. Тана ҳароратининг кўтарилиши фебрил ва ундан юқори кўрсаткичларга кўтарилиши кузатилди. Асосан асорат ўрта оғир ва оғир кечимлари намён бўлиб, клиник белгилари ўткир стенозловчи ларинготрахеит белгиларига хос равишда кузатилди. Ҳақилдоқ стенози натижасида ривожланган ўткир нафас етишмовчилигида нафас ва юрак уриши сони ва унинг баҳолаш назорати муҳим аҳамиятга эга эканлиги ку-

затилди. Тахипноэ 81% беморда кузатилиб меъёр кўрсаткичдан катта фарқ бўлиб, ёрдамчи компенсатор механизм иштирокида 58,2% беморларда ва тахикардия 71% беморда кузатилди. Оғирлаштирувчи преморбид статус 65,5% беморларда нафас ва юрак уриши кўрсаткичлари кескин таъсири кузатилди. Юқорида кўрсатилган ўзгаришлар 95,6% беморда ўткир нафас етишмовчилиги ҳар хил даражалари ривожланишига олиб келди. Эрта ёшдаги болалар асоратланган қизамиқ касаллигида ҳақилдоқ стенози таҳлисида клиник белгилар ҳамда нафас ва юрак уриши сони назорати касаллик асоратини баҳолашда қўллаш мақсадга мувофиқдир. Ҳақилдоқ стенози ҳолатида ГКС ингаляцион қўллаш даволашда самарали бўлиб, ноҳуш оқибатлар, ГКС воситаларини инъекцион юбориш олдини олади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Тимченко В.Н. и др. Актуальные проблемы коревой инфекции. Педиатрия, 2017; 8(3): 120-129.
2. Тимченко В.Н. и др. Корь у детей раннего возраста. Детские инфекции 2015; 2: 52-58
3. Головка М.Г. и др. Корь в практике терапевта поликлиники. Лечебное дело, 2014; 4: 10-16.
4. Loftis L. Acute infectious upper airway obstructions in children. Semin. Pediatr. Infect. Dis. 2006; 17(1): 5-7
5. Михельсон В.А. Интенсивная терапия в педиатрии. М.ГЭО-ТАР-МЕД. 2003: 549
6. Knutson D., Aring A. Viral croup. Am.Fam. Physician.2004: 69: 535-40
7. Савенкова М.С. Современные аспекты этиопатогенеза и тактика ведения детей с острым стенозирующим ларингитом. Педиатрия, 2008; 87(1): 133-8.
8. Зайцева О.В. Острые респираторные инфекции у детей с аллергией Педиатрия 2007; 2: 19-25
9. Everard M. Acute bronchiolitis and croup. Pediatr. Clin North Am. 2009; 56(1): 119-33.

Келиб тушган вақти 09.02. 2020